



a) Nascere e crescere in Italia

Nel presente paragrafo, coerentemente con l'analogo paragrafo del Rapporto governativo⁶, sono state trattate le tematiche relative alla mortalità in età infantile e pediatrica, il neonato piccolo per l'età gestazionale, il nato pre-termine, la qualità dell'assistenza in neonatologia e il servizio di trasporto d'emergenza neonatale (che rappresentano contenuti nuovi rispetto ai precedenti Rapporti CRC), nonché un aggiornamento rispetto a: vaccinazioni, dati sul parto cesareo, malattie croniche, AIDS, vaccinazioni e suicidi, anche in relazione agli interventi attuati⁷.

Mortalità in età pediatrica

Il tasso di mortalità infantile misura la mortalità nel primo anno di vita. L'ultimo dato definitivo fornito dall'ISTAT - disponibile anche per causa di decesso - risale al 2006 e indica un tasso di 3,4 ogni mille nati vivi. Negli ultimi 5 anni si evidenzia una netta e positiva diminuzione della mortalità dei bambini fino ad un anno d'età passata da 4,0 a 3,4 morti per mille nati vivi, con una progressiva riduzione del 50% negli ultimi 15 anni⁸, anche se persistono notevoli differenze territoriali a svantaggio delle Regioni meridionali.

La riduzione della mortalità ha interessato comunque tutte le fasce di età pediatrica, come rilevato anche nel Rapporto governativo e, per le classi 1-4 e 5-14 anni, con una riduzione pari al 40% negli ultimi 15 anni.

Gli indicatori che descrivono la mortalità **entro il primo mese di vita**, dovuta a cause di tipo endogeno (determinanti dell'individuo), denotano un andamento decrescente meno marcato. Ciò dimostra che la diminuzione della mortalità infantile è imputabile soprattutto alla diminuzione della mortalità post-neonatale dovuta a fattori di tipo esogeno (determinanti prossimali) legati all'ambiente igienico, sociale ed economico in cui vivono la madre e il bambino.

A livello regionale permangono tuttavia delle differenze per quel che riguarda **la mortalità perinatale** (ad esempio nel 2006 in Basilicata è stato registrato un tasso pari a 7,0, mentre in Valle d'Aosta era pari a 0,8⁹), da attribuire alla diversa efficienza territoriale del sistema sanitario (determinanti distali), e quindi a conferma del fatto che in alcune Regioni persistono carenze nell'assistenza neonatale ed infantile che dovrebbero essere migliorate. La mortalità perinatale è un esempio di «morte evitabile» ed è costituita da due componenti: la natimortalità e la mortalità neonatale

precoce. Il tasso di natimortalità per il 2006¹⁰, l'ultimo disponibile, è stato di 2,8 nati morti ogni 1.000 nati, mentre la mortalità neonatale precoce è stata pari a 1,8 per 1.000 nati vivi¹¹. L'analisi della mortalità perinatale in Italia evidenzia come il decremento percentuale della natimortalità osservato negli ultimi vent'anni è inferiore a quello che ha caratterizzato la mortalità neonatale, e la riduzione della frequenza di tale evento costituisce un importante obiettivo di sanità pubblica. Le principali cause di decesso nel primo anno di età per il 2006 sono rappresentate da condizioni che originano nel periodo perinatale (56,3%), seguite dalle malformazioni congenite e anomalie cromosomiche (28,2%). Per una quota ridotta di eventi, il decesso si verifica in assenza di cause evidenti, che vanno sotto il nome di SIDS (morte improvvisa inattesa) e che rappresentano circa il 6% della mortalità postneonatale. Nel 2006 si sono verificati 23 decessi per SIDS, con un tasso pari a 0,4 per 10.000 nati vivi.

Per quanto riguarda invece la mortalità nella fascia d'età 1-4 e 10-14 anni le prime cause di morte sono i tumori, i traumi e gli avvelenamenti¹².

Si condivide quindi l'analisi del Rapporto governativo in merito al continuo miglioramento dei servizi sanitari nel nostro Paese che ha portato a una sostanziale diminuzione della mortalità in tutta la fascia pediatrica (0-14). Tuttavia si evidenzia come permangano ancora rilevanti differenze a livello regionale nell'assistenza neonatale, soprattutto nelle Regioni del Sud, come Calabria, Sicilia, Basilicata, Puglia, Campania, nonché in Lazio, e nello specifico sarebbero necessari maggiori interventi nella cura dei neonati prematuri per ridurre la mortalità neonatale ed infantile.

Neonati e neonatologie

La distribuzione regionale dei nati secondo il peso alla nascita rileva come, **dal 2002 al 2006**, pesi inferiori ai 1.500 grammi si osservano nell'1% dei nati. L'analisi congiunta della fonte informativa del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) e dell'Anagrafica delle strutture di ricovero, permette di caratterizzare i punti nascita sul territorio nazionale in funzione di alcune caratteristiche organizzative associate ai tre livelli assistenziali individuati dal Progetto Materno-Infantile - D.M. 24 aprile 2000¹³. La distribuzione re-

⁶ Rapporto governativo, op. cit., pag. 103-106.

⁷ Si veda www.gruppocrc.net/salute-e-servizi-sanitari

⁸ Elaborazione dati ISTAT «Cause di morte».

⁹ Comunicazione inviata dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali al Gruppo CRC nel luglio 2009 ai fini dell'aggiornamento del presente Rapporto con dati aggiornati al 2006, non ancora resi pubblici.

¹⁰ Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP), 2005,

www.ministerosalute.it/servizio/sezSis.jsp?label=cedap

¹¹ Fonte: Ministero della Salute,

www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_819_allegato.pdf

¹² In particolare i morti per tumori sono 4,7 e 4,1 per 1.000 bambini rispettivamente nelle fasce d'età 1-4 e 10-14 anni; per traumi e avvelenamenti 3,3 e 2,8 per 1.000 bambini rispettivamente nelle fasce d'età 1-4 e 10-14 anni. Si veda www.istat.it/dati/dataset/20090302_00/

¹³ L'analisi ha interessato 560 punti nascita rilevati a livello nazionale.



gionale dei parti per classi di punto nascita evidenza che nelle **Regioni del Nord**, quali ad esempio Piemonte, Veneto ed Emilia Romagna, oltre l'84% dei parti si svolge in punti nascita di grandi dimensioni (oltre 1.000 parti annui). Al contrario nelle **Regioni del Sud**, quali Abruzzo e Sicilia, rispettivamente solo il 30% ed il 45% dei parti si svolge in strutture con oltre mille parti annui. In Italia la percentuale dei parti pre-termine è pari al 6,5%, mentre l'**Unità di Terapia Intensiva Neonatale (TIN)** è presente solo nel 20% dei punti nascita analizzati. In tali contesti il 4,5% dei parti pre-termine e il 5,7% dei parti fortemente pre-termine hanno luogo in strutture prive di TIN o prive di Unità Operativa di Neonatologia. Si rileva tuttavia che la Legge Finanziaria 2008 ha reso disponibili 7 milioni di euro per l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, destinati al potenziamento e alla creazione di «Unità di Terapia Intensiva Neonatale» e pertanto sarà importante monitorare l'allocazione e l'utilizzo di tali risorse¹⁴.

Per quanto riguarda il tema della qualità dell'assistenza in neonatologia si segnala l'importante esperienza del Network Neonatale Lombardo, che dal 2002 ha allargato la sua partecipazione all'intero territorio nazionale¹⁵. Lo scopo del Network è quello di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure neonatali rivolte ai neonati e alle loro famiglie attraverso programmi di ricerca, formazione e progetti di miglioramento della qualità. Questo scopo è perseguito attraverso la sistematica raccolta di *outcome* e di procedure neonatali e attraverso il confronto dei dati di ogni centro. Si segnala in positivo che per il 2007 la situazione italiana, degli 80 centri di TIN che aderiscono, è stata migliore di quella internazionale per quanto riguarda una serie di indicatori che vanno dalla mortalità (13,4% vs 16,6%), all'incidenza di malattie polmonari (broncodisplasia: 15,3% vs 26,7%), alle infezioni (12,3% vs 19,8%) e *outcome* neurologici, ponendo il sistema italiano della neonatologia in una posizione di rilievo internazionale.

Una buona assistenza perinatale prevede anche che nei centri ospedalieri sprovvisti di TIN esista un **Servizio di Trasporto Neonatale in Emergenza (STEN)**, erogato da perso-

nale qualificato con formazione Neonatologica. Sebbene il Progetto Obiettivo Materno-Infantile (1998-2000) e i Piani Sanitari successivi indichino lo STEN tra le priorità da istituire nelle diverse Regioni italiane, la copertura totale del territorio nazionale è ancora lontana dall'essere realizzata, principalmente per ragioni di ordine politico, economico e legate alla scarsa determinazione del personale sanitario. Una fotografia della situazione italiana è stata resa possibile grazie a due indagini conoscitive svolte nel 2002¹⁶ e nel 2006¹⁷. Entrambe le indagini evidenziano che l'Italia è disomogeneamente rappresentata sul territorio nazionale: esistono Regioni in cui lo STEN è presente e copre tutto il territorio (Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Trentino Alto Adige, Valle d'Aosta, Veneto), Regioni in cui è coperto solo in alcune province (Piemonte: Alessandria e Cuneo; Sicilia: Palermo ed Enna) e Regioni in cui è totalmente assente (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Emilia Romagna, Molise, Sardegna, Umbria). Purtroppo in Italia manca il «Registro del sistema di trasporto neonatale» e solo recentemente la Società Italiana di Neonatologia ha prodotto una cartella informatica che potrà essere adottata dai centri per la raccolta e l'elaborazione di dati anche attraverso l'utilizzo di indicatori di efficacia. Un'indagine condotta in Lombardia ha rilevato che la percentuale di utilizzo del trasporto (1-2%)¹⁸ è analoga a quella dei Paesi più avanzati dal punto di vista sanitario e mette in luce un utilizzo limitato dello STEN per il trasporto di neonati di peso molto basso ed estremamente basso, indicatore di un ampio utilizzo del «trasporto in utero» e di un'ottima attivazione del «network ostetrico».

Parti cesarei

Confermando la tendenza degli anni precedenti¹⁹, anche nell'anno 2006, ultimo per il quale sono disponibili dati, il 37,4% dei parti avviene con taglio cesareo, con notevoli **differenze regionali** (23,9% in Friuli Venezia Giulia e Toscana, 42% in Lazio, 52,9% in Sicilia e 60,8% in Campania), che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo al parto chirurgico. Infatti si tratta di percentuali molto superiori rispetto alla media Europea (23,7%) ed alla soglia del 10-15% che secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) garantisce il massimo beneficio complessivo

¹⁴ Comunicazione del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali inviata al Gruppo CRC a luglio 2009 ai fini dell'aggiornamento del presente Rapporto.

¹⁵ Nel 2004 si è affiliato al più grande Network internazionale, il Vermont-Oxford Network (VON), che attualmente conta oltre 640 centri di tutto il mondo. Bellù R., Gagliardi L., Zanini R., Società Italiana di Neonatologia - Gruppo di Studio sulla Qualità delle cure (QCN) e Network Neonatale Italiano. Monitoraggio della qualità dell'assistenza in neonatologia: il Network Neonatale Italiano.

¹⁶ Promossa dal Gruppo di Studio sul Trasporto della SIN, www.pneumologianeonatale.org. Tagliabue P., Gancia P., Società Italiana di Neonatologia - Gruppo di Studio sul Trasporto Neonatale, *Il servizio di trasporto d'emergenza neonatale*.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ Tagliabue P., Magni L., Zanini R. *Neonatal transport service in emergency: Lombardia's experience*. *Pediatr Med Chir.* 2005 May-Aug;27(3-4):39-44.

¹⁹ Si vedano precedenti Rapporti CRC disponibili su www.gruppocrc.net/salute-e-servizi-sanitari



90

I DIRITTI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA IN ITALIA

per la madre ed il bambino²⁰. In particolare si registra un'elevata propensione al taglio cesareo nelle case di cura accreditate, in cui vi si ricorre nel 61,6% dei parti contro il 34% negli ospedali pubblici. Il parto cesareo è infine più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere, (27,2% vs 39,2%)²¹.

Malattie croniche

Un problema particolarmente rilevante per la salute dei bambini e degli adolescenti è quello dell'insorgenza di malattie croniche. In Italia ogni anno circa 60.000 bambini hanno bisogno di cure particolari nel periodo neonatale e nell'età pediatrica. Molte di queste patologie sono rarissime, altre risultano curabili, altre diventano disabilità permanenti²². Mediamente un bambino ogni 20 nati incontra problemi di salute che lo accompagnano per tutto l'arco della vita con interventi medici costanti e frequenti ricoveri in ospedale. Diversi studi²³ stimano la prevalenza di malattie croniche in età scolare intorno al 2,5%. Tale dato non include l'asma e le malattie respiratorie allergiche, che nel nostro paese interessano il 20-25% della popolazione pediatrica, mentre una quota tra il 2% e l'8% è affetta da allergia alimentare e, se anche volessimo restringere i numeri ai più gravi, essi rappresenterebbero ancora circa il 1-2% del totale dei bambini, senza considerare l'obesità e l'intolleranza al glutine la cui prevalenza in bambini in età scolare è stata recentemente stimata in 1 bambino ogni 100²⁴. Le malattie rare riguardano nel loro complesso circa un bambino su 200²⁵.

I dati disponibili su questo tema sono però scarsi e mancano indagini appropriate che consentano di monitorare anche nel tempo quest'area.

I casi di AIDS pediatrico

In Italia si stimano 140-150.000 casi di persone viventi con HIV/AIDS. Dei 60.346 casi di AIDS segnalati al 31 dicembre 2008, 769 (pari all'1,3%) si riferiscono all'età pediatrica²⁶.

Dal 1995 si registra un calo progressivo del numero di casi di infezione da HIV pediatrica, dovuta alle efficaci politiche di prevenzione messe in atto per bloccare la trasmissione verticale come il trattamento antiretrovirale delle gestanti e il parto cesareo. Ciò presuppone da parte della madre la consapevolezza del proprio stato di sieropositività, che si può avere con un semplice esame del sangue. Tuttavia le stime del Centro Operativo AntiAids (COA) divulgate a giugno 2009 sostengono che un quarto delle persone sieropositive non sa di esserlo²⁷. Per questo è in corso una ricerca²⁸ che fotograferà l'accessibilità al test nelle diverse Regioni italiane, anche per la popolazione di recente immigrazione, che risulta essere il target più vulnerabile e a maggior crescita di nuove infezioni.

Suicidi

Per quanto concerne l'analisi dei dati sui suicidi tra minorenni, va rilevato che in Italia esistono **due fonti informative** disponibili: i dati ISTAT sulle cause di morte rilevate dai Comuni, disponibili fino al 2006, e le statistiche giudiziarie penali dell'ISTAT sui suicidi e tentati suicidi accertati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri, disponibili fino al 2007. Le due fonti utilizzano però dati che non consentono un confronto a causa delle differenti modalità di rilevazione. Indipendentemente dal sesso, i tassi di suicidio nei bambini e negli adolescenti sono un evento raro e aumentano con l'età. I dati aggiornati al 2003 e 2006 indicano che i tassi di suicidio per la fascia 10-14 e 15-19 sono in leggera diminuzione, rispettivamente pari a 3,5 e 1,4 per milione per la classe 10-14, mentre per la fascia 15-19 pari a 25,6 e 17,5 per milione. Prendendo in considerazione solo i dati delle statistiche giudiziarie penali per il 2003 e 2006, si hanno rispettivamente 0,40 e 0,13 suicidi accertati per milione per la fascia d'età 0-13 anni, e rispettivamente 15,9 e 12,8 per la fascia 14-17. I suicidi di minorenni rappresentano l'1,1% dei casi, mentre i tentativi sono pari al 2,7%. Le malattie psichiche e i motivi affettivi prevalgono come movente, rappresentando più del 30% delle cause nei suicidi.

L'analisi della distribuzione geografica dei suicidi evidenzia che i tassi per la fascia 10-14 anni, per entrambi i sessi, sono leggermente più elevati al Sud rispetto alle altre aree geografiche e confrontati con le altre fasce d'età, mentre per la fascia 15-19 anni sono più elevati al Nord del Paese. Nel 2002 il suicidio è la terza principale causa di morte tra i ragazzi dopo gli incidenti stradali e i tumori, e la quarta nelle ragazze dopo gli incidenti stradali, i tumori e le malattie car-

²⁰ Ministero della Salute

www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_819_allegato.pdf

²¹ Ministero della Salute,

www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_819_allegato.pdf

²² Si veda oltre paragrafo «Bambini e adolescenti, salute e disabilità».

²³ Fasano A., Berti I., Gerarduzzi T., et al. *Prevalence of celiac disease in at-risk and not-at-risk groups in the United States: a large multicenter study*. Arch Intern Med 2003;163:286-92.

²⁴ Tommasini A., Not T., Kiren V et al. *Mass screening for coeliac disease using antihuman transglutaminase antibody assay*. Arch Dis Child 2004; 89:512-515.

²⁵ Studio Italiano sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e Ambiente disponibile su www.sidria.net

²⁶ Ronfani L., Macaluso A., Tamburlini G. *Rapporto sulla salute del bambino in Italia: problemi e priorità*. www.csbonlus.org/inc/ALLEGATI/Rapporto_salute_2005.pdf

²⁷ Istituto Superiore di Sanità,

www.iss.it/binary/pres/cont/Rapporto_31_dicembre_2008.pdf

²⁷ Istituto Superiore di Sanità,

www.iss.it/binary/pres/cont/Rapporto_31_dicembre_2008.pdf

²⁸ Realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le associazioni della Consulta Nazionale del volontariato.



diovascolari. Dall'analisi emerge comunque che in Italia i suicidi sono un evento relativamente raro rispetto ad alcuni Paesi europei (es. Norvegia e Finlandia) dove i tassi sono fino a cinque volte superiori. Il «fenomeno» suicido dei minori è tuttavia poco studiato anche in Paesi che tradizionalmente presentano un elevato tasso di prevalenza²⁹.

Si segnala che in un recente convegno organizzato a Milano³⁰ dedicato al fenomeno dei suicidi nei giovanissimi, sono stati presentati i dati di uno studio condotto su un campione di studenti lombardi, il 12% dei quali dichiara di pensare al suicidio e il 10% di chi medita l'estremo gesto non nasconde di essersi fatto intenzionalmente del male o di avere tentato davvero di togliersi la vita.

L'analisi dei dati disponibili, anche se permette di descrivere il fenomeno dei suicidi e dei tentati suicidi, evidenzia sicuramente come sia importante prendere in esame le diverse fonti informative disponibili ed integrarle tra loro per meglio comprendere questo fenomeno nelle sue diverse caratterizzazioni in Italia. Il permanente stigma sociale che circonda il suicidio, la cultura tradizionale italiana e il livello di accuratezza nella certificazione delle cause di morte violenta sono fattori che potrebbero contribuire alla sottostima del fenomeno e alle differenze osservate tra il Nord e il Sud d'Italia³¹. Questi dati suggeriscono quanto tale fenomeno meriti attenzione, in particolare rispetto alle caratteristiche più ad alto rischio come il sesso maschile e le aree del paese più sviluppate.

Vaccinazioni

Come ribadito nei precedenti Rapporti CRC³², le vaccinazioni costituiscono un essenziale ed efficace intervento di sanità pubblica perché sono un potente strumento per prevenire malattie infettive ad alta frequenza, penetranza e rischio di sequele, in particolare per i bambini affetti da patologie croniche.

Esistono rari casi in cui i bambini al momento di essere sottoposti a vaccinazione possono essere identificati come a ri-

schio di reazioni avverse, tra questi ci sono i bambini immunodepressi e, potenzialmente, i bambini con accertate sensibilizzazioni nei confronti di determinate sostanze e che sono andati incontro a *shock* anafilattico in seguito ad una precedente somministrazione dello stesso vaccino o di una delle sue componenti. Ci sono invece condizioni cliniche per le quali è indicata la vaccinazione proprio a causa delle possibili complicanze di una malattia infettiva in particolari condizioni di salute, come ad esempio i bambini nati prematuri o affetti da alcune malattie croniche quali diabete o fibrosi cistica³³.

La vaccinazione antinfluenzale è consigliata anche per i soggetti affetti da malattie croniche, che necessiterebbero di maggiori protezioni dalle malattie infettive, mentre, come evidenziato dai dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali la percentuale di bambini a rischio vaccinati nel 2003 risulta essere appena dell'11%³⁴.

In Italia, come è noto, alcune vaccinazioni pediatriche sono obbligatorie in base ad una legge dello Stato³⁵, mentre per altre, definite raccomandate, tale obbligo non sussiste, ancorché specifici atti normativi ne prevedano sia l'offerta attiva da parte delle strutture sanitarie pubbliche, sia il raggiungimento di determinati livelli di copertura nella popolazione in età evolutiva. Attualmente nel nostro Paese rimangono **obbligatorie per tutti i nuovi nati** le vaccinazioni contro difterite, tetano, poliomielite, epatite virale B, mentre sono **raccomandate** le vaccinazioni contro morbillo, parotite, rosolia (MPR), pertosse ed infezioni da *Haemophilus influenzae b (Hib)*. In diverse Regioni sono raccomandate quelle contro il meningococco C, e contro il pneumococco, e solo in 3 Regioni su 21 l'antivaricella. Nonostante l'evidenza sugli esiti importanti ottenuti nel nostro Paese con le vaccinazioni e la drastica riduzione di malattie come la difterite e il tetano, le coperture vaccinali per alcune malattie sono ancora oggi **disomogenee sul territorio** poiché non esiste un calendario unico nazionale e tutto è rimesso alle diverse politiche regionali. Gli ultimi dati disponibili sulle coperture vaccinali sono quelli del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali forniti dalle Regioni e fanno riferimento al 2007. I dati della sorveglianza indicano che il 95% dei bambini nati in Italia riceve le vaccinazioni previste dal calendario nazionale per il primo anno di vita, contro difterite, tetano, polio, pertosse, *Haemophilus influenzae b (Hib)*,

²⁹ Questi dati sono riportati nel lavoro: Campi R., Barbato A., D'Avanzo B., Guaiana G., Bonati M. *Suicide in Italian children and adolescents. Journal of Affective Disorders*, 2009, Volume 113, Issue 3, Pagg. 291-295.

³⁰ *Il suicidio negli adolescenti. Dall'eziopatologia alle strategie di prevenzione*, Milano, 5 febbraio 2009, organizzato da L'amico Charlie Onlus.

³¹ Si segnala anche che nel corso di questi anni sono state riportati casi di cronaca di suicidi o tentati suicidi legati a omofobia e gravi problemi di non accettazione familiare. Si veda interrogazione parlamentare presentata in seguito a notizie della stampa, tra tutte il quotidiano La Repubblica di domenica 5 luglio 2009, sul caso di un ragazzo di 13 anni, di una scuola in Provincia di Pavia, che è stato deriso e perseguitato dai compagni che lo ritenevano gay; il ragazzo ha tentato due volte il suicidio. Interrogazione a risposta scritta del 09/07/2009 4/03562 disponibile su: http://banchedati.camera.it/sindacatoispettivo_16/showXhtml.asp?idAtto=14262&stile=6&highlight=1&paroleContenute=%27INTERROGAZIONE+A+RISPOSTA+SCRITTA%27

³² Si veda www.gruppoCRC.net/salute-e-servizi-sanitari

³³ Fonte: www.ospedalebambinogesu.it

³⁴ Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali www.ministerosalute.it; www.normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp

³⁵ La Regione Veneto ha sospeso l'obbligo vaccinale a partire dal 1° gennaio 2008. La sperimentazione, monitorata da un'apposita Commissione Ministeriale, è stata accompagnata, accanto all'offerta attiva e gratuita, da un piano di miglioramento dei Servizi, del monitoraggio delle reazioni avverse, nonché da un'importante attività promozionale nell'ambito della Campagna GenitoriPiù.



epatite B, mentre l'85% dei bambini viene vaccinato all'inizio del secondo anno di vita contro morbillo, rosolia e parotite. Tuttavia, per avere dati più attendibili sulle coperture vaccinali, bisogna far riferimento all'indagine campionaria ICONA, condotta dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con cadenza quinquennale³⁶.

Si rileva che al momento della stesura del presente Rapporto, si fa ancora riferimento al Piano Nazionale Vaccini 2005-2007, poiché quello del 2008-2010, che prevedeva i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e l'offerta attiva, a tutti i nuovi nati, dei vaccini contro il meningococco C e il pneumococco con un calendario uguale per tutto il territorio italiano, non è mai stato approvato dal Governo³⁷. Si segnala infine, come evidenziato nel Rapporto governativo, che il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha invece deciso di intraprendere, a partire dal 2008, l'offerta attiva e gratuita del vaccino anti-HPV alle ragazze, dal compimento dell'undicesimo anno al compimento del dodicesimo anno d'età, al fine di prevenire le infezioni causate da due genotipi oncogeni, responsabili di circa il 70% dei carcinomi della cervice uterina³⁸. L'obiettivo è quello di raggiungere la progressiva immunizzazione della popolazione giovane adulta femminile esposta al rischio dell'infezione ipotizzando che annualmente aderisca all'offerta almeno il 90% delle dodicenni. Tuttavia il programma è iniziato, anche in questo caso, in modo differenziato per tempi e modalità tra le varie Regioni. Inoltre, preoccupa la sostenibilità economica e la durata del programma che non sono ancora state definite.

Il Gruppo CRC raccomanda:

1. Al **Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali** e alle **Regioni**, nell'ambito delle rispettive competenze, di attivare programmi di intervento educativi, informativi e di aggiornamento rivolti al personale sanitario e non solo, atti a ridurre l'enorme disuguaglianza tra e all'interno delle Regioni nella cura e nell'assistenza sanitaria della popolazione minorile;
2. Al **Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali** e **agli enti preposti**, di attuare ulteriori indagini per

migliorare il monitoraggio di alcune variabili sia di carattere sanitario ed epidemiologico, sia di carattere socio-demografico, relative all'evento nascita, alla mortalità infantile, all'assistenza ospedaliera, alle sorveglianze delle malattie infettive e delle vaccinazioni, alle condizioni di cronicità e disabilità che colpiscono la popolazione minorile;

3. Al **Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali**, in accordo con la Conferenza Stato-Regioni, di indagare nuove metodologie integrate per incrementare la protezione vaccinale, superando le disuguaglianze in termini di possibilità di accesso e gratuità e favorendo l'informazione e la partecipazione delle famiglie.

³⁶ Le precedenti indagini, condotte nel 1998 e nel 2003, hanno consentito di ottenere importanti informazioni sul livello di coperture vaccinali nell'infanzia raggiunto in Italia e sui determinanti sanitari, sociali e organizzativi ad esse connessi. Anche per il 2008, l'ISS ha programmato la realizzazione di tale indagine che prevede, per il territorio regionale, la conduzione di interviste su un campione di 210 soggetti, ma attualmente i dati non sono ancora disponibili. Fonte: Istituto Superiore di Sanità www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/sintesi-icona.asp

³⁷ Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. www.ministerosalute.it/speciali/pdSpeciali.jsp?sub=0&id=67&area=ministero&lang=it&titolo=&idhome=66

³⁸ Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. www.ministerosalute.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=123